Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik zu Kiel.

Nichtparalytische Psychosen bei Tabes dorsalis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Paulus Rauh

aus Potsdam.

Kiel 1909.

Druck von H. Fiencke.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0295

Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik zu Kiel.

Nichtparalytische Psychosen bei Tabes dorsalis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Paulus Rauh

aus Potsdam.

Kiel 1909.

Druck von H. Fiencke.

No. 35.

Rektoratsjahr 1907/1908.

Referent: Dr. Siemerling.

Zum Druck genehmigt:

Quincke,
z. Z. Dekan.

Als häufigste Psychose in Verbindung mit Tabes dorsales findet sich die Dementia paralytica. Diese Verbindung bildet ein eigenes, abgerundetes, viel besprochenes Thema.

Mehr abseits von der allgemeinen Aufmerksamkeit liegt die Verbindung der Tabes mit anderen Psychosen. Manche halten sie für Zufälligkeiten, die besondere Aufmerksamkeit kaum verdienen. Oder ist ein innigerer Zusammenhang beider Krankheiten nicht von der Hand zu weisen, so besteht naturgemäß die Neigung, jede derartige Psychose für die paralytische zu halten, deren Formenreichtum leicht Raum bietet zur Unterbringung dieser und jener Geisteskrankheit. So erklärt sichs vielleicht, daß in den letzten Jahrzehnten wenig die Verbindung der Tabes mit nichtparalytischen Psychosen im Zusammenhang besprochen worden ist. Zwei Fälle von nicht paralytischer Psychose, die soeben in der psychiatrischen Universitätsklinik in Kiel zur Beobachtung kamen, lenkten für jetzt die Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand, so daß der Direktor der Klinik, Herr Geheimer Medicinalrat Professor Dr. Siemerling mich gütigst beauftragte, diese Kombination zweier Nervenleiden zum Gegenstand einer Studie im Rahmen einer Doktordissertation zu machen.

Tabes in Verbindung mit geistiger Störung wird schon in älterer Zeit hin und wieder in der Literatur erwähnt; allein es handelt sich dabei meist um die paralytische Geistesstörung, so wahrscheinlich bei dem ältesten im Jahre 1833 von Horn beschriebenen Fall. Dasselbe gilt von dem in den folgenden Jahrzehnten von Joffe in der Wiener medi-

cinischen Gesellschaft vorgestellten, sodann einem von Eisermann und von verschiedenen in einer Zusammenstellung Topinards im Jahre 1864 bekannt gegebenen Fällen. Erst seit den grundlegenden Arbeiten C. Westphals über das Wesen der Tabes dorsalis und der allgemeinen progressiven Paralyse und den Unterschied beider machte man diesen Unterschied auch bei den beide Krankheiten begleitenden Geistesstörungen. Von dieser Zeit an, also seit den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts sind die nichtparalytischen Psychosen bei Tabes häufiger und eingehender kritisch behandelt worden von Kirn, Tigges, Krafft-Ebing, Obersteiner, Tuczek, dann auf Grund des umfangreichen Charité-Materials von Siemerling und von Moeli. Schließlich nenne ich Cassirer, der in einer klinischen Studie »Tabes und Psychose« nicht nur seine eigenen umfangreichen klinischen Beobachtungen, sondern das gesamte bis 1903 vorliegende Material über sämtliche Psychosen bei Tabes, die paralytischen eingeschlossen, kritisch bearbeitet hat. In dieser Schrift fand ich bereits zusammengetragen und verarbeitet, was ich aus der literarischen Zerstreuung mir suchen und bearbeiten wollte. So will ich denn die nach Schluß der Cassirer'schen Arbeit veröffentlichten Fälle zusammen mit den in der Kieler Universitätsklinik mir gütigst zur Verfügung gestellten nichtparalytischen Psychosen bei Tabes in Verbindung mit den von Cassirer mitgeteilten zahlreichen Fällen besprechen. Über Gesichtspunkt und Anordnung, die anders als bei Cassirer sind, wird gelegentlich das Nötige gesagt werden.

Zuvörderst einige Worte über die Häufigkeit. Krafft-Ebing hält das Zusammentreffen von Tabes und nichtparalytischer Psychose für ein äußerst seltenes Ereignis, ebenso Nebe und Nageotte und zwar für seltener, als die Literatur es verzeichnet, Naggar dagegen und Mendel für häufiger, als die Literatur vermuten lasse. Zahlenmäßige Feststellungen auf Grund von eigenen Beobachtungen verdanken wir Siemerling und Moeli. Siemerling fand bei seinen Untersuchungen über Pupillenstarre unter 9160 Geisteskranken 1639 mal reflektorische Pupillenstarre;

davon waren sichere Tabesfälle mit nichtparalytischer Psychose 22 Männer und 7 Frauen, das sind 1,7 pCt. der mit reflektorischer Pupillenstarre behafteten Geisteskranken und nicht mehr als 0,3 pCt. aller Geisteskranken. Dazu kamen dann noch 7 Fälle von Paranoia und reflektorischer Pupillenstarre ohne sonstige tabische Zeichen und 2, bei denen wegen Blasenbeschwerden der Verdacht auf Tabes bestand, die Beobachtungszeit aber zu kurz war. Bei Moeli, der dieselben Untersuchungen an 3640 Fällen von Geisteskrankheit machte, finden sich merkwürdigerweise viel höhere Zahlen. Cassirer kommt bei seiner Nachprüfung der Moelischen Statistik auf 5,2 pCt. aller Tabiker, die an nichtparalytischer Geistesstörung litten, eine Zahl, die über das gewöhnlich angenommene Durchschnittsmaß von Geisteskranken in der Bevölkerung weit hinausgeht und glaubt, diese hohe Zahl aus nahe liegenden Gründen selbstverständlich nicht ohne Einschränkung gelten lassen zu dürfen. In der Literatur finden sich etwa 100 Fälle genauer mitgeteilt.

Doch ehe wir auf die ausgesprochenen Psychosen zu sprechen kommen, haben wir zu fragen, ob nicht die Tabes allein schon ihre eigene Psychose hervorbringt. Mit anderen Worten: wie steht es mit dem Geisteszustand eines Tabikers ohne eine komplicierende Psychose? Haben doch andere, das Nervensystem angreifende Krankheiten Einfluß auf Gemüt und Geist. Die Tabes mit ihren Sensibilitätstsörungen, ihren lanzinierenden Schmerzen und gastrischen Krisen, ihren mancherlei Störungen wichtiger Funktionen z. B. der Blase und des Mastdarms, mit dem Verlust des Augenlichts und was alles in deren Gefolge sich findet an Schlaflosigkeit, Sorge um die Existenz, Angst vor der dunkler werdenden Zukunft, das alles mit seinem chronischen Verlauf könnte eine charakteristische Geistesverfassung hervorbringen. Man hat vielfach auch die Tabiker daraufhin beobachtet, aber kein einheitlich ausgeprägtes, geistiges Krankeitsbild feststellen können. In intellektueller Beziehung findet sich bei manchen Tabikern mit den Jahren entschieden eine Abnahme der Kräfte; bei anderen ist nichts der Art zu bemerken.

Desgleichen weichen Stimmung und Charaktereigenschaften vielfach von dem Bilde, das der Gesunde darbot, ab, aber nicht in typischer Art. Bald findet sich stille Ergebung in das Unvermeidliche, bald Niedergeschlagenheit oder Verbitterung und Auflehnung mit Erregung, häufig dagegen eine euphorische, fröhliche, an das Manische erinnernde, ausgelassene Stimmung, die sich nur durch Schmerzattaquen unterbrechen läßt, um nach der traurigen Episode das innere Gleichgewicht sofort wieder durch übersprudelnde Lustigkeit herzustellen. Mit solcher gehobenen Stimmung verbunden findet sich gesteigerte Reizbarkeit, in Ungeduld und Zorn sich äußernd, die in diesem Stimmungsbilde nicht befremdet. Das alles sind Stimmungsanomalien, die ebenso wie die vorhergenannten des Intellekts weder genügend einheitlich, noch genügend excessiv sind, um als Tabespsychose bezeichnet zu werden. Sie stehen auf einer Linie mit anderen ausgeprägten Krankheitsstimmungen, der hoffnungsfreudigen der Phthisiker und der niedergeschlagenen der Epileptiker und sind als Tabesstimmung zu bezeichnen.

Wir kommen nun zu den ausgesprochenen Psychosen der Tabiker, die wir der Reihe nach besprechen werden. Dabei beginnen wir mit denjenigen, welche in ihrer Verbindung mit der Tabes die einfachsten Verhältnisse darbieten, schreiten fort zu den komplizierteren Krankheitsbildern und kommen schließlich zu einer Gruppe, die in ihrer typischen Form und innigen Beziehung zur Tabes uns zu einer eingehenderen Besprechung einladet.

Verhältnismäßig einfach für das Verständnis sind diejenigen Psychosen, welche auf akuten oder chronischen Vergiftungen beruhen. Man hat bei Tabes Morphium- und Alkoholvergiftungen gesehen, deren Erkennung bei Kenntnis der Ursache kaum Schwierigkeiten machen. Die Morphiumpsychose schafft eine euphorische Stimmung, Unsicherheit des Gedächtnisses, Störung der Intelligenz, auch geringe Sprachstörungen, alles Zeichen, die in Verbindung mit Tabes das Bild der Taboparalyse zeigen können. Die richtige Erkenntnis wird durch die Anamnese, und wenn diese fehlt, durch den Verlauf gegeben, der bei der Taboparalyse ein protra-

hierter und unaufhaltsam fortschreitender ist, während bei der Morphiumpsychose eine sorgfältige Überwachung entweder die fraglichen Symptome schwinden sehen oder deren Ursache auf die Spur kommen wird. Dasselbe gilt von der Alkoholpsychose des Tabikers, deren Symptome in Erregungen mit Hallucinationen des Gehörs, Gesichts, in ernsten Fällen des Geschmacks und Geruchs bestehen, zu denen die Störungen des Gemeingefühls von der Tabes hinzugefügt werden und so eine innige Verbindung der beiderseitigen Krankheitsäußerungen schaffen. Auf das Krankheitsbild, insofern es auch ohne Alkoholmißbrauch bei Tabes auftritt, werden wir unten näher eingehen. Das Wesen der Alkoholpsychose wird sich aus der in der Regel offenbaren Ursache und dem Verlauf bei sachgemäßer Behandlung offenbaren.

Der Alkoholismus eines Tabikers zeitigt auch einmal — wie ein von Naggar beschriebener Fall zeigt — einen Eifersuchtswahn, der das Bild der Alkoholpsychose um so deutlicher zeigt.

Nur erwähnt wird von Cassirer das Vorkommen der saturninen Demenz.

An diese Vergiftungspsychosen reihen wir die luetischen Psychosen an, von welchen einige Fälle von Fournier und Moeli beschrieben werden als Tabes mit Lues cerebri. Indem die bekannten Tabessymptome mit Aufregungszuständen und Größenideen oder, wie es in einem anderen Fall heißt, mit albernem, teilweise reizbarem Verhalten, wiederum ein ander Mal mit Verwirrtheit und Größenideen verbunden sind, bieten sie das Bild der Tabesparalyse dar. Aber auf antisyphilitische Behandlung gehen sie zurück oder gelangen zum Stillstand, und zwar dauernd, während die Tabes unverändert bestehen bleibt. Auf die verschiedenen Deutungen und entsprechenden Benennungen, welche diese merkwürdigen Fälle erfahren, kann hier nicht eingegangen werden, zumal ihre Zugehörigkeit zur Tabes in Frage steht.

Von dieser Gruppe der zur Tabes hinzutretenden Vergiftungspsychosen, denen wir die luetischen anreihten, wenden wir uns zu einer größeren Anzahl Psychosen, der Manie,

Melancholie nebst dem circulären Irresein, der Katatonie, der Hysterie, Neurasthenie und Hypochondrie, die in ihrer Fremdartigkeit unter einander hier deswegen in eine Reihe gestellt werden, weil jede von ihnen beim Erscheinen der Tabes bereits ihren Platz inne hat, sei es offenkundig oder latent, in einem hereditär belasteten oder sonst wesentlich disponierten Organismus, um zusammen mit den körperlichen Symptomen der Tabes ein merkwürdiges Krankheitsbild zu geben, welches häufig genug das eine Hauptinteresse des Arztes in Anspruch nimmt: Ist's Taboparalyse oder Tabes plus Psychose?

Cassirer bespricht ausführlich einen Fall von Tabes und recidivierender Manie. Ein 69jähriger Mann zeigt das typische Bild der Manie: die fröhlich gehobene Stimmung mit Rede- und Bewegungsdrang, Scherzen, Prahlen, Reizbarkeit zu Zorn, Neigung zur Rührseligkeit, Schlaflosigkeit, gesteigerter Geschlechtstrieb. Keine Hallucinationen noch eigentlichen Wahnideen, geschweige deren Systematisierung. Keinerlei geistige Schwäche, völlige Orientiertheit, Gedächtnis, Merkfähigkeit, Auffassung tadellos. Daneben die körperlichen Zeichen der Tabes. Vor 9 Jahren Luesinfection. Eine längere Beobachtung des Patienten muß hier die Erkenntnis der Affektpsychose neben Tabes ergeben, wenn auch das Zustandsbild während einer einzigen Erregung bei bestehenden tabischen Symptomen zu der Diagnose Paralyse verleiten kann, wie es hier in der Tat geschah.

Wie die Manie, so kommt auch die Melancholie und die Verbindung beider in der Form des circulären Irreseins bei Tabes vor. Über einen 69jährigen Tabiker mit Melancholie des Rückbildungsalters berichtet Privatdozent Dr. Ernst Schultze in Bonn in der Münchener Medicinischen Wochenschrift 1903, Nr. 49. Bei diesen Affektpsychosen handelt es sich meist um erblich belastete und schon in der Jugend erkrankte, die später, wie vielfach erwiesen, an Lues und darauf folgender Tabes erkrankten.

Dasselbe trifft zu bei einigen Fällen von Katatonie mit Tabes, welche berichtet werden. Die Schwierigkeiten der Diagnose, die an sich schon gegenüber der Katatonie bestehen,

werden bei der Komplikation mit Tabes noch vermehrt. So teilt Cassirer aus Jahrmärkers Schrift »Zur Frage der Dementia praecox« folgende Beschreibung eines Katatonikers mit:

Ein 1864 geborener, später luetisch inficierter Patient verändert sich 1896 in seinem Wesen, wird still und gedrückt, hypochondrisch. Anfang September 1898 Erregungszustand, der dauernd »etwas gezwungenes, theatralisches, maniriertes stereotypes« in Bewegungen und Reden hat und durchaus katatonische Züge trägt. Februar 1899 ruhiger, aber immer noch die alten Bizarrerieen; allmählich wurde er geordnet, war für die Zeit der heftigen Erregung amnestisch, gewann seine früheren Interessen wieder, genas schließlich psychisch vollkommen und erklärte seine sonderbaren Handlungen als Folgen von Trugwahrnehmungen. Ende Oktober 1899 entlassen, es ist ihm bis Januar 1901 sicher, wie es scheint, aber auch bisher — d. h. bis 1903 — noch gut gegangen.

Die Diagnose Katatonie, zu welcher Jahrmärker neigte, ließ er, wie Cassirer glaubt, fallen, weil er Störungen somatischer Art fand.

»Die Pupillen waren etwas verzogen, waren bei guter Konvergenzreaktion starr auf Lichteinfall; die Patellarreflexe waren anfangs abgeschwächt, später aufgehoben; die Sprache erschien bei schwereren konsonantenreicheren Worten verwaschen und stolpernd.

Daraufhin scheint Jahrmärker sich zur Annahme einer Paralyse zu entschließen.« Cassirer hält Tabes plus Katatonie für ebenso möglich Der Verlauf allein könne die Entscheidung bringen.

Eine Reihe von Fällen wird berichtet, namentlich in den letzten Jahren, bei welchen die Tabes mit Hysterie, Hypochondrie und Neurasthenie verbunden ist. Genauere Beschreibungen des hysterischen Krankheitsbildes finde ich nicht. Und Cassirer, der die von Blocq und Onanoff, v. Oordt, Vires u. a. gegebenen Beschreibungen geprüft hat, findet darin nichts von Psychose. Hysterie mit Tabes hat Bernhardicou beobachtet. Im Neurologischen Centralblatt 1905, S. 30 finde ich in einem kurzen Bericht darüber den Ausspruch desselben: Hysterie und Tabes kommen gemeinschaftlich vor; es hat dann entweder die Tabes ihrerseits eine Reihe hysterischer Syptome im Gefolge; oder aber die Hysterie bestand bereits vor Einsetzen der Tabes.

Daß ein solcher Fall für das Erkennen erhebliche

Schwierigkeiten bereiten kann, beweist ein Bericht von Oordts, nach welchem die Tabes dorsalis mit Hysterie derart kombiniert war, daß die Symptome der Tabes durch die Hysterie vollkommen verdeckt waren. Erst kurz ante mortem und durch Sektion ergab sich Tabes dorsalis. Noch kompliciertere Fälle werden kürzlich von Dupré und Lévi beschrieben — ich citire nach dem Jahresbericht Flatau. —

Ein 46 jähriger, erblich belasteter Hypochonder bot eine Reihe von Krankheitserscheinungen dar, die sich gruppenweise auf degenerative Geistesschwäche, Hysterie und Tabes mit Ataxie zurückführen ließen; außerdem Anzeichen von Alkoholismus, chronischer Gastritis, Aërophagie, Enterocolitis mucosa vorhanden in Verbindung mit Delirium hypochondriacum und Zoopathie. Auf dem Boden der kongenitalen Demenz entwickelte sich zuerst das Bild der Hysterie und Neurasthenie, und im Anschluß an eine erworbene Syphilis und tabische Paraesthesien mit Schmerzen im Hypogastrium trat die Zoopathia interna hinzu. Der Kranke glaubte, einen Bandwurm zu beherbergen, der ihm von den Eingeweiden nach dem Herzen steige. Um dies zu verhindern, nimmt er beim Gehen, Stehen und Liegen eigentümliche Haltungen an und genießt, um ihn zu betäuben, Melissenwasser, welches er dauernd bei sich führt.

Hier handelt es sich, was die Hypochondrie und Zoopathia interna betrifft, um tabische Sensationen, die von dem dementen Manne in dementer Weise gedeutet werden. Damit verhält es sich nicht anders, als wenn ein anderer dementer Tabiker dieselben gastrischen Krisen als elektrische Ströme bezeichnet, die ihm durch den Leib gehen. Der nicht demente und seinem Intelligenz- und Bildungsgrade nach zur richtigen Krankheitseinsicht befähigte Patient wird dieselben Sensationen für gastrische Krisen der Tabes erklären. Es dürfte also zur Rubricierung jener Symptome die Tabes dorsalis mit angeborener Demenz ausreichen. Jedenfalls je nach dem Vorstellungskreise des Dementen oder Hypochonders, aus welchem er seine Phantasien entnimmt, ob aus dem Tierreiche oder der Elektrotechnik, von einer besonderen Krankheit wie Zoopathia interna zu sprechen, dürfte zum Verständnis der Psychose nicht erforderlich sein.

Wir haben es bei diesen zuletzt besprochenen Krankheitsbildern schon mit einer innigeren Verbindung der Tabes und der sie begleitenden Psychose zu tun, indem bei ein und derselben Wahnidee die körperliche Sensation

von der Tabes und die wahnhafte Deutung von der kranken Psychose geliefert wird. Das mag auch großenteils das Verhältnis sein bei der demnächst zu besprechenden Doppelkrankheit: Tabes mit Paranoia. Wir betreten mit dieser Kombination die Grenze zu unserer letzten Gruppe, nämlich den Halluzinosen bei Tabes. Die Paranoia in ihrer ausgebildeten Form mit einem System von Verfolgungs- und Größenideen ist uns die Grenze zu diesem Gebiet. Sie erklärt sich durch sich selber; denn sie ist eine bekannte, selbstständig auftretende Geisteskrankheit. Ihr nahe stehend durch die Halluzinationen, doch von ihr getrennt durch das Fehlen der paranoischen Systembildung, dabei häufiger als sie mit Tabes verbunden finden wir einen Symptomenkomplex, der für sich sonst nicht vorkommt und dem der mehrfach dafür gebrauchte Name »Halluzinose« und zwar je nach dem Verlauf, acute oder chronische Halluzinose gerecht wird.

Als Beispiel für Paranoia mit Tabes führt Cassirer einen von Kirn beobachteten Fall, »der übrigens zu den am frühesten mitgeteilten gehört«, an:

»Ein 32jähriger Mann mit hereditärer Belastung, der am 27. III. 1855 aufgenommen wird, zeigte zuerst 1854 »Beziehungswahn«; er äußert dann Verfolgungsideen, ist depressiv reizbar, hat Gehörstäuschungen, Halluzinationen des Geruchs und entwickelt allmählich deutliche Größenideen. Im weiteren Verlauf tritt die wahnhafte Umdeutung der ihm durch seine inzwischen eingetretene körperliche Krankheit gelieferten abnormen Empfindungen sehr stark in den Vordergrund. Die Entwicklung der Tabes ist folgende: 1854 vermehrter Harndrang, 1859 lancierende Schmerzen, 1862 Ataxie, Pupillendifferenz, 1865 Analgesie, Doppelsehen, Strabismus, Gürtelgefühl. Tod 1866. Die Sektion bestätigt die Diagnose Tabes dorsalis.«

Hier finden sich 2 Reihen krankhafter Erscheinungen, die wohl zu einander in Beziehung treten, aber nach ihren verschiedenen Entstehungen sich deutlich unterscheiden lassen, indem die Paranoia auf hereditärer Belastung, die Tabes auf erworbener Lues beruht, besonders dadurch deutlich unterscheidbar, daß die Paranoia bereits da ist — seit 1854 —, als die lancinierenden Schmerzen 1859 auftreten.

»In dieselbe Kategorie gehört ein Fall von Tuczek: Hier schloß sich an eine Tabes, die in den Jahren 1873—75

eingesetzt und allmählich zu großer Vollständigkeit sich entwickelt hatte, nach 20 Jahren die Psychose an: es kamen Gehörs-, Gesichtshalluzinationen (Schattenbilder). Die Paraesthesien wurden im Sinne der den Patienten beherrschenden Verfolgungsideen umgedeutet, ein vollkommen ausgebautes Wahnsystem von Verfolgungs- und Größenideen und einer eigenen Nomenklatur wurde produziert. Ähnliche Beobachtungen sind von Ruehle, Savage, Jakob mitgeteilt worden. Moeli erwähnt kurz eine ganze Reihe solcher Fälle; mehrfach war da die Tabes nicht vollentwickelt; es fand sich neben der Psychose bei den früher syphilitisch inficierten Kranken nur ein oder das andere organische Symptom, insbesondere reflektorische Pupillenstarre.«

Wir kommen nun zu unserer letzten Gruppe, die wir nicht nur, weil sie uns besonders interessiert, sondern auch aus einem sachlichen Grunde der Ordnung am Ende der ganzen Reihe von Psychosen bei Tabes besprechen wollen. Wir sprachen zuerst von den Psychosen, welche auftretend und wieder verschwindend sich lose der bestehenden Tabes anreihten, das sind die Vergiftungspsychosen, dann von den fester mit Tabes verbundenen, aber nur in ihrem Verlauf verbunden, die dagegen nach ihrer Ursache und in ihrer typischen Form nichts mit der Tabes gemein haben. Die nun die Reihe beschließenden Psychosen treten ihrerseits zu der bestehenden Tabes hinzu und zeigen ganz eigenartige Beziehungen zu dieser, die, wie wir sehen werden, wiederholt den Verdacht erweckt haben, als seien sie die specielle Tabespsychose.

Die Krankenberichte sind von Cassirer zum großen Teil auf Grund eigener Beobachtung aufgezeichnet worden. Ich citiere genau nach ihm.

1. Me., 50jähr. Frau, 7. V. 85 bis 24. IX. 85 in der Kgl. Charité, am 24. IX. in Dalldorf aufgenommen.

Der Mann berichtet, daß die Patientin im Frühjahr 1885 erkrankt ist, sie fing um diese Zeit an, sich darüber zu beklagen, daß in ihrer Wohnung immer so ein Dunst und Rauch sei; sie lief deshalb unbekleidet auf den Hof. Pat. glaubte sich von ihrer Stieftochter, mit der sie sich von jeher schlecht vertrug, beeinträchtigt; sie vermutete, der Kaffee sei ergift et, die Milch müsse untersucht werden. Fürchtete, der Mann und

die Stieftochter wollten sie um die Ecke bringen. Glaubt sich auch von anderen Leuten verfolgt und verachtet. —

Pat. ist seit 1881 auf dem linken Auge erblindet, auf dem rechten seit Herbst 1884. In letzter Zeit habe sie viel an Reißen gelitten und mehrfach in Krankenhäusern gelegen. Lues negiert, ebenso hereditäre Belastung.

Bei der Aufnahme in die Charité ist Pat. ruhig, aber deprimierter Stimmung. Sie erzählt selbst, daß man ihr schlechtes Essen gegeben und absichtlich in die Stube gemacht habe; sie sei deshalb auf die Straße gegangen. Äußert Angst, man wolle sie umbringen. Während ihres ferneren Aufenhaltes in der Charité meist ruhig, ist oft heiterer Stimmung, die Nahrungsaufnahme ist reichlich, zeitweise überreichlich. Pat. ist orientiert, äußert im weiteren Verlauf keine Verfolgungsideen, keine Halluzinationen. Somatischen Befund siehe später.

24. IX. 85. Überführung nach Dalldorf. Pat. versucht zuerst hier etwas zu dissimultieren resp. für ihr auffälliges Verhalten möglichst harmlose Erklärungen zu geben. Sie hält aber im weiteren Verlauf an ihren Halluzinationen und Beeinträchtigungsideen fest, die sie im Wesentlichen nur auf ihren Mann und ihre Stieftochter bezieht.

Man habe ihr etwas in das Essen getan, sie sei mit ihrem Manne wegen der Wohnung, in der es immer geraucht habe, nicht einig gewesen. Stimmung meist deprimiert. Körperliche Untersuchung ergiebt: Pupillen gleich weit, auf beiden Augen geringe Lichtempfindung, wenn Licht durch den Augenspiegel in das Auge geworfen wird. Beiderseits vorgeschrittene einfache Opticusatrophie. Seit 3 Jahren Gefühl, als ob sie auf Socken gehe; ausgeprägtes Gürtelgefühl. Sensibilität am ganzen Körper normal. Patellarreflexe fehlen. Geringe Ataxie beim Gehen. Öfter Reißen.

11. IX. 85. Bittet immer um ein anderes Schlafzimmer wegen des furchtbaren Dunstes.

Von 1887—94 ist Pat. in Privatpflege.

5. II. 94 wieder in Dalldorf. Die Psychose hat sich in der Zwischenzeit etwas weiter entwickelt. Im Vordergrund stehen Halluzinationen resp. Illusionen des Gemeingefühls; seit 7 Jahren habe sie Tag und Nacht keine Ruhe gehabt: »7 Jahre, Herr Doktor, haben Sie Worte, diese Unverschämtheit dieses Mannes, dieser Unfug.« Sie erzählt, daß sie einen fremden Mann mit unnatürlichem Körper in ihrem Leibe habe; sie fordert den Arzt auf, die Knochen des Mannes in ihrem Körper zu fühlen. Des Mannes wegen habe sie ihre Schmerzen im Rückgrat und in der Seite, der Mann drehe sich in ihr um, bohre sich in die Füße ein, das thue so weh, aber er lache sich eins, je mehr sie Schmerzen habe. Er mache ihre Füße kalt und abgestorben. Sie müsse diesen Mann los werden, und hier werde sie ihn nicht los; hier lasse er sich füttern, hier könne sie ihm keine »Abwehrung machen.« Sie müsse hungern, das dürfe sie hier nicht, deshalb müsse sie hier heraus, dann würde er von selber gehen; »natürlich wickelt der Mann sich aus und geht.«

Pat. ist meist ruhig und still; sobald aber der Arzt kommt, klagt sie über die Notwendigkeit, fortzugehen, damit sie den Mann los werde. In den nächsten Jahren produciert sie wenig Neues; in ewiger Eintönigkeit bringt sie dieselben Klagen vor; Nachts ist sie öfter unruhig, schlägt sich mit großer Kraft in der Meinung, den Mann herauszutreiben. Sie bildet diese Ideen allmählich etwas weiter aus, der Mann sei so faul, er gehe nicht einmal mehr zum Kloset, mache Nachts in das Bett, lache dazu (sie ist unrein gewesen).

15. II. 97. Andauernd außer Bett, nie störend. Jeden Tag dieselbe Rede. »Guten Tag, lieber Herr Doktor, also morgen, Herr Doktor, die Wärterin X soll mir dazu helfen, ich habe schon mit ihr gesprochen, können Sie mir auch garnicht verdenken, seien Sie froh, daß Sie den Kerl los werden, so ein unverschämter Kerl, wie er sich einbohrt.«

Im Oktober 1901 ist der geistige Zustand unverändert. Dieselben Klagen wie vordem, dieselbe weinerliche affektarme Stimmung. Körperlich genuine doppelseitige Opticusatrophie, geringer Lichtschein, Pupillenreaktion auf Licht aufgehoben, auf Konvergenz intakt. Zunge gerade, Facialis beiderseits gleich innerviert. Sprache völlig normal. Die Patellar- und Achillessehnenphänomene an den Beinen fehlen, Analgesie und mäßige Lagegefühlsstörung an den Beinen. Am Rumpf läßt sich leicht und sicher eine Abstumpfung der Berührungsempfindung in der Gegend der Mamillae nachweisen; hier keine Hypalgesie. Geringe Ataxie. Blasenstörungen.

Die Angaben, die Pat. über die einzelnen Daten ihrer Krankheit macht, sind völlig korrekt, sie weiß genau, warum sie in die Charité, nach Dalldorf gekommen ist, kennt die Namen ihres früheren und jetzigen Arztes, weiß zuverlässige Auskunft über die sonstigen wichtigen Ereignisse ihres Lebens zu geben. Auch für frische Eindrücke sicheres Gedächtnis, merkt sich eine vierstellige Zahl. Trotz ihrer Blindheit unterscheidet sie an der Stimme die Personen, die mit ihr sprechen. Kopfrechnen ohne Störung. Bei der Sensibilitätsprüfung fällt ihr aufmerksames und intelligentes Verhalten geradezu auf. Dabei muß sie von den auch bei dieser Gelegenheit geäußerten Wahnideen stets aufs Neue abgelenkt werden. Über Zeit und Ort richtig orientiert.«

Hier beginnt das Leiden mit Tabes, die in ihren Kardinalsymptomen sich deutlich ausbildet. Paralyse ist ausgeschlossen. Die Tabes ist mit Opticusatrophie verbunden. Dazu treten Halluzinationen des Gesichts, Geschmacks- und Gemeingefühls. »Beeinträchtigungsideen sind deutlich erkennbar. Der Affekt ist aber nur anfangs ein etwas stärkerer. Die Wahnbildung erhebt sich niemals über minderwertige Versuche und ist im Laufe des letzten Jahrzehnts eine ganz rudimentäre, unmittelbar an den pathologischen Sinneseindrücken haftende geblieben.« Bei einer Benennung nach

dem Hauptsymptom, sagt Cassirer, würden wir von einer chronischen Halluzinose, aber ohne eigentliche Progression zu sprechen haben.« Der protrahierte Verlauf der Halluzinose entspricht dem der Tabes.

Ein 2ter sehr ähnlicher Fall ist folgender:

Ma, 59jähr. Frau, 28. VI. 97 Aufnahme in der Kgl. Charité, von da am 13. VII 1897 nach Dalldorf.

Keine hereditäre Belastung. Lues ist dagegen sehr wahrscheinlich, Pat. war 10 Jahre lang puella publica. Im 24. Jahre Infektion, wunde Stelle an der Unterlippe; keine specifische Behandlung. Potus wird negiert. Vor 15 Jahren begann ihr Augenleiden mit Nebligsehn vor beiden Augen, ziemlich rasch trat fast völlige Blindheit ein, sodaß sie nur noch geringen Lichtschein hatte; von 1883—86 bei Prof. Mendel und Hirschberg in Behandlung, damals hatte sie zeitweise heftige reißende Schmerzen. Vor ca. 20 Jahren hatte sie von einem Pferde einen Stoß gegen den Magen bekommen und war auf den Hinterkopf gefallen; keine Folgeerscheinungen. Seit etwa einem Jahre Klagen über Gürtelgefühl, seit ca. 1/4 Jahr Harnverhaltung; in letzter Zeit soll das Gehen schlechter geworden sein, seit 3/4 Jahren Menopause. Sie ließ sich wegen ihrer körperlichen Beschwerden auf eine innere Abteilung der Charité aufnehmen. Zu Hause soll sie schon lange Zeit etwas aufgeregt gewesen sein, habe aber keine Zeichen geistiger Erkrankung dargeboten. In der Charité wurde sie bald auf die Geisteskrankenabteilung verlegt, weil sie sehr aufgeregt war. Über den dortigen Aufenthalt nur fragmentarische Notizen vorhanden. Sie wird als sehr erregt und von wechselnder Stimmung bezeichnet, hat viel über Schwindel zu klagen, die Sprache nicht verändert. Die Diagnose lautet Tabes, progressive Paralyse.

Bei der Aufnahme in Dalldorf ist sie äußerst ängstlich, jammert in einem fort »ach, ich habe nichts verbrochen, ich bin unschuldig«, bittet um Gnade, ruft Gott zum Zeugen ihrer Unschuld an; liegt dauernd mit gefalteten Händen da, jammert und stöhnt; »die Leute machen mir solche Angst, daß ich sterben soll; die Herrn Pastoren sind meine Zeugen, ach, wenn meine gute Mutter noch lebte«. Die somatische Untersuchung ist sehr erschwert, da Pat. fortwährend jammert und nicht zu fixieren ist. Sie ist eine große hagere Frau von schlechtem Ernährungszustand, graugelber Hautfarbe und leidendem Aussehen. Beiderseits Opticusatrophie, linke Pupille weiter als rechte, lichtstarr, Augenbewegungen frei. Facialis, Hypoglossus normal. Sprache etwas zittrig. Reflexe an den Armen von gewöhnlicher Stärke, Patellarreflexe fehlen, ebenso Achillessehnenphaenomene.

Deutlicher Romberg, keine Ataxie. Blasenlähmung. In den folgenden Tagen beruhigt sich Pat. etwas. Hört Stimmen, die ihr sagen, daß sie sterben soll; auch sonst zahlreiche drohende Halluzinationen, soll unter die Ratten kommen, in den Keller gebracht werden; bittet

flehentlich, sie leben zu lassen, ihr noch einige Tage Zeit zu lassen. Dann wieder sehr unruhig, jammert und weint, schreit vor Angst laut auf. Opium ohne besondere Wirkung.

20. I. 1898. Psychisch unverändert. Dauernde Halluzinationen des Gehörs, ständig von demselben Inhalt: sie soll unter die Ratten kommen, weint laut, jammert, sie habe doch nichts getan. Der anfangs schlechte Appetit und Schlaf wird gut. Die Blasenlähmung macht dauerndes Katheterisieren nötig, Sprache immer weinerlich, aber ohne artikulatorische Störung.

10. I. 1899. Dauernd unter dem Einfluß von Halluzinationen, auch solchen des Tastsinnes; man streut ihr Arsen auf den Kopf.

23. IX. Ansätze zu weiterer Wahnbildung; sie wird durch Sympathie beeinflußt, wahrscheinlich durch ihren Mann und dessen Nichte, die von ihm erst genotzüchtigt, dann zu seiner Frau gemacht worden ist; hat zeitweise offenbar auch Gesichtshalluzinationen; dauernd sehr ängstlich, hält die Hand des Arztes fest, bittet um Entlassung, fürchtet immer wieder, getötet und unter die Ratten geworfen zu werden.

Januar 1902 äußerte sie weitere Wahnideen, ihr Mann und ihre Nichte hatten sich ihre wertvollen Möbel angeeignet, sie sollte darum gebracht und hier getötet werden; alles wird sehr ängstlich, ohne rechten Zusammenhang und ohne rechte Begründung in weinerlichem Tone vorgebracht. Die körperliche Untersuchung ergibt: Völlig hilfloser Zustand, schlechter Ernährungszustand. Körpergewicht 37 kg. Komplete Opticusatrophie mit völliger Blindheit, Pupillen weit, starr auf Licht mit deutlicher Konvergenzreaktion. Facialis, Zungenmuskulatur gut und beiderseits gleich innerviert. Kein Tremor. Sprache völlig normal, auch beim Nachsprechen schwerer Paradigmata. Sehnenphaenomene an Armen vorhanden, an Beinen fehlend. Pat. muß katheterisiert werden. Die Sensibilität für schmerzhafte Reize an den Beinen etwas abgestumpft, am Rumpf typische Abstumpfung für Pinselberührung bei Integrität des Schmerzgefühls in einer breiten Zone über den Mammae. Gang wegen der großen körperlichen Schwäche und der Blindheit nicht zu prüfen; in der Rückenlage keine erhebliche Ataxie. Ebenso wie bei der vorigen Patientin sind Gedächtnislücken nicht nachweisbar. Alle anamnestischen Angaben werden mit bemerkenswerter Promptheit gemacht. Die Fragen, die sich auf die augenblickliche körperliche Untersuchung beziehen, richtig beantwortet, keine Störung der Merkfähigkeit. Kopfrechnen gut. Beurteilung der Umgebung einigermaßen richtig.«

Wie im vorigen Fall sehen wir auch hier zuerst Tabes mit Opticusatrophie. Paralyse ausgeschlossen. Zur Tabes treten Angst und Hallucinationen des Gehörs, Gesichts und Tastsinnes und zwar nach der Anamnese akut einsetzend und recidivierend.

Ähnlich verhält sichs mit den beiden in der psychia-

trischen Universitätsklinik zu Kiel beobachteten Fällen, deren Krankengeschichte wir hier anreihen.

Schm., 44jähriger Kesselschmied. Erste Aufnahme in die Klinik 5. VII 1907. Patient kommt zu Fuß mit seiner Frau, die über ihn folgendes angibt:

Seit 8 Jahren ist sie mit dem Patienten verheiratet. 2 gesunde Kinder, kein Abort. Sie lernte ihren Mann erst kurz vor der Hochzeit kennen. Er war damals sehr stark, wog 205 Pfund, soll in den letzten Jahren stark abgenommen haben. Schon bei der Heirat soll er schwach auf den Beinen gewesen sein, einen unsicheren schwankenden Gang gehabt haben, doch ohne Stock gegangen sein. Seit 1 Jahr bisweilen Schwindelanfälle, 1 mal dabei gefallen. Seit 1 Jahr ist das rechte Auge, seit 8 Wochen auch das linke schlecht geworden. Siehe unten das Zeugnis aus der Augenklinik. In letzter Zeit hat Pat. öfter den Urin unter sich gelassen. Stuhl angeblich nicht. Der Geschlechtstrieb soll seit 2 Jahren völlig geschwunden sein. Pat. ist oft erregt und gewalttätig geworden, weil er sich nicht darin finden konnte, daß seine Augen schlecht seien, soll in den letzten 3 Wochen viel um seine Gesundheit beten, während er früher garnicht religiös war. Soll seit der Verheiratung nicht getrunken haben, immer fleißig gearbeitet haben. Schlaf soll immer schlecht, Appetit gut gewesen sein. Seit 8. VI. wegen des schlechten Sehvermögens nicht mehr gearbeitet. Schwerhörig soll er schon bei der Heirat gewesen sein, doch soll es schlimmer geworden sein. Über frühere Krankheiten und Familienverhältnisse des Patienten ist der Frau nichts bekannt. Vor etwa 12 Jahren soll er in der Medizinischen Klinik an den Stimmbändern wegen Heiserkeit operiert worden sein.

Status praesens vom 5. VIII 07: Patient wird auf Anordnung des Kassenarztes von der Frau gebracht. Gewicht 83 kg, Größe 1,81 m, Temperatur 37,5°. Kräftiger Knochenbau, gute Muskulatur, mäßige Ernährung. Gesicht normal gerötet, Schädel nicht empfindlich — $19^1/_2 : 15^1/_4 ; 56^1/_2$. Pupillen stark different, rechts 4, links 3. Pupillenreaktion auf Lichteinfall fehlt rechts, links manchmal spurweise, Konvergenzreaktion vorhanden. Augenbewegungen frei bis auf Blick nach oben und vielleicht etwas Blick nach rechts außen. Auf dem rechten Auge nur noch hell u. dunkel unterschieden, auf dem linken Auge große Schrift auf 10 cm gelesen. Facialis innervation symmetrisch. Sprache stark heiser, ohne artikulatorische Sprachstörung. Zunge etwas nach links, zittert nicht merklich, belegt. Gaumenbögen gehoben, Rachenreflex vorhanden. Tremor manuum vorhanden. Quinquand nicht deutlich. Bei Fingernasenversuch und intendierten Bewegungen Ausfahren der oberen Extremitäten, links scheinbar mehr als rechts. Biceps-, Tricepsreflex fehlt, Periostaler Reflex am Arm schwach. Dynamometer ergibt beiderseits 110. Mechanische Muskelerregbarkeit etwas lebhaft Vasomotorische Nachröte gering. Patellar- und Achillessehnenreflex fehlen. Gang breitbeinig, unsicher, etwas ausfahrend. Rombergsches Phaenomen vorhanden. Cremaster- und Abdominalreflex vorhanden. Große Nervenstämme

der oberen Extremitäten angeblich druckempfindlich, außer Ulnaris. Beine unter leichtem Schwanken bis zur vollen Höhe gehoben. Grobe Kraft der Beine gut. Kniehackenversuch nicht ganz prompt und sicher. Pinselberührungen an beiden Fußrücken, den Fingern der rechten Hand, rechts im Bereich des Gesäßes und der Waden nicht immer angegeben. Spitz und stumpf unterschieden außer an den Unterschenkeln, wo Spitze oft als Knopf angegeben wird. Hyperalgesie nicht sicher.

Puls 80, regelmäßig, Arterien sehr rigide. Herztöne rein, Lungen normal, Leib weich, nicht gespannt. Leistendrüsen links, Cubitaldrüsen rechts vergrößert.

Patient gibt an; Er sei als Kind gesund gewesen, auch als Soldat. Vor der Dienstzeit Schanker. Keine Schmierkur, kein Ausschlag. Vor 12 Jahren sei das eine Stimmband »kaput« gewesen, so daß er kaum habe sprechen können; da sei er mit weißer Medicin und Elektricität behandelt worden, wonach die Stimme etwas wiedergekommen und so wie jetzt, vielleicht noch etwas heiserer gewesen sei. Daß er unsicher auf den Beinen war, habe er schon seit 94, 95 gemerkt. Er merke es besonders beim Tragen schwerer Lasten, wobei er schwanke. Er hat wohl manchmal Krampf in den Beinen gehabt; manchmal während des Gehens schoß es ihm in die Kniee herunter. Einige Male habe er Kreuzschmerzen 3 Tage lang gehabt nach dem Heben von Lasten. Kein ausgesprochenes Gürtelgefühl. Keine Magenschmerzen, Erbrechen, noch Kopfschmerzen. Wenn er nach oben gesehen, sei ihm manchmal wacklig geworden. Am Arbeiten habe ihn dies nicht gestört.

Er trinke am Tage einige Flaschen Bier, für 10 Pf. Schnaps, Sonntags mehr.

Vor 8 Wochen sei binnen 3 Tagen das linke Auge verschleiert geworden, so daß er nicht mehr ein 50- und 10-Pf.-Stück unterschied. In der Augenklinik sei ihm gesagt, es sei der Nerv, und nicht zu operieren. Abends kann er besser sehen als bei Sonnenschein Das rechte Auge müsse schon länger, vielleicht 1 Jahr schlecht gewesen sein. Zeitweise sei der Urin unbemerkt ins Bett gegangen. Bei Tage keine Störung. Stuhlgang alle 2 Tage. Keine Sphinkterlähmung Er habe schlecht geschlafen und sei abgemagert in der letzten Zeit, habe vor 1 Jahr noch 200 Pfd. mit Zeug gewogen.

In der letzten Zeit sei er zu Hause oft ägerlich und aufgeregt gewesen wegen seiner Augen. Seit 1/4 Jahr kein Geschlechtsverkehr mit seiner Frau.

6. VIII. Pat. klagt über das Erlöschen des Augenlichts, es werde von Tag zu Tag schlechter. Er redet viel still vor sich hin. Er klagt, er könne jetzt fast gar nichts mehr lesen; nur noch Finger gegen dunklen Hintergrund zählen.

8. VIII. Pat. klagt, seitdem er so schlecht sehe, sei auch der Gang unsicherer geworden. Ausgesprochen ataktischer Gang.

10. VIII. Auf eigenen Wunsch entlassen.

Untersuchungsbefund der Königl. Universitäts-Augenklinik zu Kiel vom 10. VI. 07: Atrophia nervi optici oculi utriusque tabetica.

O c. d. Pupille ca. 6 mm. Reflektorische Pupillenstarre. Papille atrophisch; Gefäße verengt, Grenzen scharf, Centraler Farbensinn = 0.

O c. s. Pupille ca. 3 mm. Papille atrophisch; nasal nur minimale Verfärbung. Centraler Farbensinn = $^1/_1$.

Am 26. VIII. wird er auf polizeiliche Anordnung mit dem Sanitätswagen wiederum in die Klinik gebracht, weil er laut protokollarischer Aussage der Ehefrau gemeingefährlich geisteskrank ist. Im Protokoll heißt es: Derselbe zerschlägt mir alle Sachen, reißt die Gardinen vom Fenster und bedroht mich mit Totschlag. In der Nacht steht er auf, geht auf den Balkon und betet laut den Mond an. Am Tage betet er immer laut im Zimmer umher. In seinem Bett liegt schon Tage lang ein großes Messer. Oftmals rennt er mit dem Kopf gegen die Wand und ruft um Hülfe. Jetzt hat er sich seit gestern in der Schlafstube aufgehalten, die Tür vernagelt und die Fenster verhängt. Ich bitte dringend um seine sofortige Überführung, da ich meines Lebens nicht sicher bin und mein Mann meinen Sohn auch mißhandelt.

Auch der Kreisarzt hat »die Überführung in die Nervenklinik für nötig« erklärt, »da Patient unter dem Einflusse krankhafter Ideen für seine Umgebung gefährlich ist.« Auf dem Transport im Sanitätswagen unruhig, klopft an, betet zu Gott, daß es wieder gut werde. Eine alte Frau habe ihm gesagt, beim abnehmenden Mond würde es wieder gut werden.

Die Untersuchung ergibt wesentlich denselben Bestand wie bei der ersten Aufnahme; Gang breitbeinig, stampfend, schleudernd, unsicher. Schwanken schon bei geschlossenen Füßen und offenen Augen.

Pat. sagt, er sei zu Hause etwas unruhig gewesen. Er brauche ein Hausmittel — Thee —, das ihm eine alte Frau geraten habe. Er habe manchmal garnichts mehr sehen können, es sei wie eine schwarze Wolke gewesen. Dann habe er mal den Stuhl hart hingesetzt, demoliert habe er nichts. Weil er gehört habe, der Mond habe Einfluß auf die Augen, was er zwar nicht gewiß glaube, aber doch möglich sei, habe er den Mond angebetet. Nun sei die Polizei geholt von den Nachbarn, die ihn überredet hätten, er solle noch ein Mal untersucht werden. Nun brächten sie ihn hierher, als wenn er seinen Verstand nicht hätte. Er wisse aber alles, was er tue, möchte nach Hause, würde da ganz gewiß ruhig sein. Daß die Nachbarn behaupten, er habe Möbel demoliert, sei gewiß nicht wahr.

29. VIII. Pat. liegt ruhig zu Bett, bietet nichts Besonderes. In den nächsten Tagen ist er zeitweise unruhig, spricht vor sich hin, weint, fragt, ob er wohl noch einmal nach Hause komme, oder steht für sich allein, traurig. Er möchte seine Familie noch einmal sehen, habe nichts Unrechtes getan.

Am 16. IX. kommt die Frau, um den Mann abzuholen. Sie gibt

an, der Patient sei zu Hause unruhig gewesen, weil ihm nicht geholfen werde. Tobte herum, weil die Kinder laut waren, drohte, die Frau zu schlagen. Er verhängte die Fenster, weil er alles dunkel haben wollte, er sehe doch nichts mehr. Pat. wisse genau, was er tue. Es sei nur Ärger und Jähzorn, die ihn zu seinem Tun verleiteten. Phantasiert habe er nicht. Frau will ihn jetzt versuchsweise abholen, weil Patient so drängt und will ihn wiederbringen, falls es nicht geht. Gebessert entlassen.

26. X. 07. 3. Aufnahme. Pat. wird im Sanitätswagen auf ärztliche Anordnung gebracht Sehr erregt. Weint und sagt, er habe nichts gemacht. Trotzdem habe seine Frau ihn wieder hergebracht. Zunächst sei es zu Hause gut gegangen. Gut geschlafen, Appetit gut, zumeist im Bett. Heute früh $^3/_4 6$ sagte seine Frau, er solle nicht immer so stöhnen. Darüber sei er traurig geworden, habe sich beklagt, es solle ihm alles genommen werden, auch das bischen Licht. Mißhandelt habe er seine Frau nicht, er habe nur gesagt »du lauerst blos darauf, daß ich soll blind werden.« Die Frau sei dann zum Arzt gegangen, der seine Überführung anordnete. Weint bei der Untersuchung. Diese ergiebt im Allgemeinen dasselbe wie die früheren. Pupillen verzogen, mittelweit, rechts 5 mm, links 4 mm. Bulbus weicht bei Konvergenz nach außen ab. Fingerzählen gegen das Fenster in etwa 2 m. Facialis symmetrisch. Keine articulatorische Sprachstörung. Stimme stark heiser und klanglos. Zunge gerade herausgestreckt, zittert, leicht belegt. Gaumenbögen gleichmäßig. Rachenreflex vorhanden. Grobschlägiger Tremor manuum. Quinquaud fällt positiv aus, desgl. die Reflexe der oberen Extremitäten. Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen. Gang sehr unsicher, breitbeinig, ataktisch, stampfend, etwas schleudernd. Romberg stark, schon bei offenen Augen Schwanken. Beim Kniehackenversuch starkes Ausfahren. Große Nervenstämme nicht druckempfindlich, nur Ulnaris druckempfindlich. Bauchdecken- und Cremasterreflex schwach. Pinselberührungen prompt lokalisiert, Nadelspitze und Knopf häufig falsch angegeben, namentlich an den Extremitäten. Schmerzempfindung herabgesetzt. Puls 112 regelmäßig, Arterien stark geschlängelt, rigide. Herz und Lungen normal. Gelegentlich Urin spontan abgegangen. Stuhl in Ordnung. Zeitlich und örtlich orientiert. Ist immer ängstlich. Weint heftig bei der Frage nach trüben Gedanken Klagt, man könne ihm nicht helfen. In den folgenden Tagen weint und klagt Pat. viel, oder ist still für sich, eifrig vor sich hinredend.

Am 30. X. wird er durch lautes Weinen und Klagen — »meine liebe, liebe Frau« rief er beständig — so lästig, daß er isoliert werden muß. Allmählich wird er ruhiger, schläft und ißt gut, steht etwas auf. Dann sitzt er meist schweigend mit leerem Gesichtsausdruck allein im Saal, mag nicht in den Garten gehen, er sehe ja doch nichts.

6. XI. Gerät schon beim Aufstehen vom Stuhl stark in Schwanken, kann nicht längere Zeit ungestützt gehen oder stehen. Centrale Sehfähigkeit anscheinend gänzlich erloschen, sucht immer erst nach den zu fixierenden

Objecten. Gibt zu, zu Hause doch erregt gewesen zu sein. Er diktiert am 28. X. folgenden Brief an seine Frau: Liebe Frau! Da ich doch Unrecht getan habe, bitte ich Dich um Verzeihung, und komme doch Sonnabend zu mir, damit ich Dir mal sehen kann, um mit Dir zu sprechen. Liebe Christine, weil mein Augenlicht so abnimmt, bitte ich Dich von Herzen, komm doch zu mir, da ich Dich sonst nicht mehr sehen kann. Es grüßt Dein tiefgebeugter Mann, und grüße meinen lieben Sohn Heinrich und Otto.« In der Folgezeit ist er ruhig, liegt meist zu Bett, weil er ohne Unterstützung nicht gehen oder stehen kann. Die Erregungen stellen sich nicht mehr ein.

Am 16. XII. 07 gebessert entlassen.

Die Heiserkeit des Patienten gab die Veranlassung zu einer laryngoskopischen Untersuchung durch Herrn Dr. Bartels — Ohrenklinik — deren Befund lautet: Das rechte Stimmband zeigt einen narbigen Strang vom Processus vocalis bis zur vorderen Kommissur.

Wieder dasselbe Krankheitsbild im Allgemeinen. Vor etwa 25 Jahren Lues, zu deren zurückgebliebenen Spuren wohl auch die narbige Entartung des Stimmbandes zu rechnen ist. Seit 13 Jahren Ataxie. Sonstige Tabessymptome: Reflektorische Pupillenstrarre auf Lichteinfall bei vorhandener Konvergenzreaktion. Ataxie auch der oberen Extremitäten. Seit 2 Jahren Impotenz, Blasenstörung, Patellar-, Achillessehnenreflex erloschen, Rombergsches Phaenomen vorhanden. Geringe Hypästhesien, erhebliche Hypalgesien, mäßige lancinierende Schmerzen.

Keine Paralyse: Orientiertheit, Intellekt, Moral intakt.

Opticusatrophie rechts seit 1 Jahr, links seit 8 Wochen. Während deren schneller Entwicklung bricht akut ein Erregungszustand aus. Angst, Niedergeschlagenheit, Weinen, lautes Klagen, Anrufen des Mondes. Zeitweise Zorn und Tobsuchtsausbrüche, Mißhandlung, Drohungen gegen Frau und Kind, später Reue und Rührseligkeit. Bei Anstaltsbehandlung allmählich Beruhigung, aber 2 Recidive, die ebenso verlaufen.

Die Affekte gleichen denen des vorigen Falles, wie überhaupt das Krankheitsbild bis auf das Fehlen der Halluzinationen in diesem letzten Fall. Dies Fehlen der Halluzinationen ist zwar ein erheblicher Unterschied gegen die vorher angeführten und hernach noch anzuführenden psychischen Krankheitsbilder bei Tabes. Doch ist zu bedenken, daß

die Erregungen erst kürzlich begonnen haben, und die Tabes erst in den letzten 4 Monaten eine schnelle Weiterentwicklung genommen hat. Wenn wir in diesem letzten noch im Auge zu behaltenden Falle von den Halluzinationen absehen, so gleicht er in den psychischen Erscheinungen den beiden vorhergehenden. Sie zeigen einen Erregungszustand, wie er bei gewissen Vergiftungen, namentlich durch Alkohol sich einstellt. In dem Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger und Siemerling beschreibt A. Cramer ein akutes alkoholisches Irresein von paranoischem Charakter, dessen Merkmale sind:

1. das Auftreten von Gehörstäuschungen aller Art,

2. ein starkes Angstgefühl, das die Kranken häufig zu fluchtartigem Umherirren treibt,

3. das Vorhandensein von zwar nicht fixierten, aber doch erklärenden Wahnideen,

4. der häufige Ausgang in Genesung.

Damit decken sich in dem letztgezeichneten Krankheitsbild die Affekte, in den beiden früheren die Affekte und Halluzinationen. Bei anderen Patienten derselben Krankheit tritt zu den Affekten und Halluzinationen noch das dritte Moment des von Cramer beschriebenen allkoholischen Irreseins, nämlich das paranoische, wenn auch nur selten in voll entwickelter Form des Verfolgungs- und Größenwahns. Der letztgenannte fehlt meist ganz, ist aber hin und wieder vorübergehend angedeutet.

Hier zunächst das 2. Krankheitsbild aus der Kieler psychiatrischen Klinik:

St., 41jähriger Arbeiter, von 16. III. 07 bis 2. X. 07 in der Irrenanstalt Friedrichsberg, und vom 2. X. 07 bis 11. XI. 07. in der psychiatrischen Universitätsklinik zu Kiel. Hier nach einander die Krankenberichte aus beiden Anstalten:

Irrenanstalt Friedrichsberg: St. wird von der Sanitätskolonne aus dem Hafenkrankenhaus gebracht, ist bei der Aufnahme ruhig, folgt willig auf die Abteilung. Laut Attest des Dr. Lauenstein bedarf St. wegen Geistesstörung der Aufnahme in Friedrichsberg. Schwachsinn und Halluzinationen. Gemeingefühlsstörung, 2) weil er hilflos ist und in Konflikt gerät.

Status praesens: Mittelgroßer, mäßig kräftig gebauter Mann, in mäßigem Ernährungszustande. An der Haut des Körpers eine etwa

10 cm lange schmale, glatte weiße Narbe, entstanden durch eine Operation nach einem Armbruch, sonst nichts Besonderes. Keine nennenswerten Drüsenschwellungen, kein Fieber, Urin ohne pathologische Bestandteile. Schädel auffallend groß und massiv, Andeutung von tête carrée. Der Gesichtsschädel tritt stark zurück. Das Gesicht ist ziemlich faltig und runzelig, der Unterkiefer scheint bereits im Beginn der Atrophie zu stehen und kommt beim Zubeißen vor dem Oberkiefer zu stehen. Gebiß: sämtliche Zähne bis auf 4 fehlen. Zunge gerade, ohne Zittern, vorgestreckt, leicht belegt. Rachenorgane: bis auf eine leichte Pharyngitis o. Bes. Facialis o. B. Augen: Axen stehen gerade, Bewegungen nach allen Seiten frei. Pupillen: l. deutlich enger als r., die r. ist annähernd kreisrund, die l. verzogen. Beiderseits reflektorische Starre, auch bei Konvergenz keine Reaktion vorhanden. Thorax mäßig gewölbt, beide Schlüsselbeine zeigen Verkrümmungen. Lungen: Grenze unten r. vorn: 6te Rippe, gut verschieblich, vorn und hinten normaler Perkussionsschall, überall normales Athmen. Herz normal. Puls gleich und regelmäßig, mäßig gefüllt, 78. Starke Cyanose der Hände. Abdomen o. B., Penis und Testikel o. B. [illegible] Patellarreflex selbst mit Jendrassik nicht auslösbar. Achilles: f[illegible] beiderseits. Plantar: beiderseits positiv. Cremaster-, Bauchdecken: positiv. Kniehackenversuch beiderseits prompt. Blase und Mastdarm funktionieren. Grobe Kraft in allen Extremitäten gleich und gut. Gang ohne organische Störung, kein Romberg. Sprache: Schwierige Beispiele werden mangelhaft nachgesprochen; doch behauptet Patient, infolge seiner sehr defekten Zähne am Sprechen gehindert zu sein. Paralytisches Stolpern jedenfalls nicht vorhanden. Sensibilität: am ganzen Körper deutliche Hypalgesie, spitz und stumpf wird nicht immer deutlich unterschieden. Empfindungen für Berührung überall gut erhalten. Gewicht 115 Pfd.

17. III. Dement, leerer Gesichtsausdruck, phlegmatisches Wesen. Über Zeit und Ort orientiert, gibt seine Personalien richtig an. Er komme jetzt aus dem Hafenkrankenhause hierher, weil ihn jeder für irrsinnig halte; er selbst aber halte sich für vollkommen gesund. Zu Bett gebracht, ruhig. Ziemlich indifferentes Verhalten. Nahrungsaufnahme gut.

18. III. Nachts ohne Mittel gut geschlafen. Tags über ruhig, apathisch. Gibt auf Befragen an: Vater vor 25 Jahren an Wassersucht gestorben. Mutter in 2. Ehe verheiratet, gesund. 5 Kinder, alle noch am Leben und gesund. Pat. in Ottensen geboren, hier die Volksschule besucht, mit 14½ Jahren aus der I. Klasse konfirmiert. Dann Tabaksarbeiter, Zurichter geworden, wöchentlich 12—13 Mk. verdient. Als kleines Kind Kopfrose. Näheres nicht bekannt. Bruch des rechten Armes durch Sturz bei Glatteis, im Altonaer Krankenhause behandelt, sonst niemals krank. Keine Lues, einmal Tripper. Kein Potus. Habe mit seinem Verdienst die Mutter unterstützt.

Kein Soldat. Warum, wisse er nicht. Wegen der »schlechten Zeiten« in den letzten Jahren vielfach ohne Arbeit, wegen Obdachlosigkeit,

Diebstahl häufig vorbestraft, wie oft, könne er nicht sagen; wiederholt in Glückstadt und Fuhlsbüttel. Zuletzt 2 Jahre Correktion in Glückstadt, am 31. Januar entlassen, hierher nach Hamburg-Altona gereist. Da seine Ersparnisse draufgegangen, und er keine Arbeit habe finden können, habe er sich am 17. Februar auf der Hüttenwache in Schutzhaft begeben, sei darauf ins Untersuchungsgefängnis und von dort nach einem Physikatsgutachten in das Hafenkrankenhaus überführt worden.

Der Kranke entwickelt ein ganzes System von Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Während seiner letzten Haft in Glücksstadt sei er seit ungefähr Jahresfrist von den Gefängnisbeamten, vom Arzt und Direktor mit Elektricität bearbeitet worden, um ihm das Sprechen zu lernen, um ihn zu zwingen, sich mit seiner Umgebung zu unterhalten, was er immer hartnäckig verweigert habe. »Ich habe mich zu erkennen gegeben, daß ich nicht sprechen brauche!« Das hatten die Beamten zur Notiz genommen und ihm Tag und Nacht keine Ruhe gelassen; den Samen habe man ihm Nachts auf elektrischem Wege abgetrieben; infolge des starken Stromes habe er wiederholt Blutsturz gehabt; man habe ihn direkt umbringen wollen, damit er nicht verraten könne, was für Unregelmäßigkeiten sich alle Beamten fortgesetzt zu Schulden kommen ließen. Schon seit 20 Monaten könne er nicht mehr in Ruhe lesen. Alles, was er lese, würde ihm von anderen nachgesprochen, vieles ganz verkehrt, vieles hinzugelogen. Der Oberaufseher habe ihn voriges Jahr zu Ostern schlachten wollen; man habe ihm vergiftetes Essen vorgesetzt; nur seiner eigenen Wachsamkeit habe er es zu danken, daß er noch am Leben sei. Häufig, wenn es ihm verdächtig vorgekommen, habe er die Nahrung verweigert. Er habe immer gehört, was die Aufseher über ihn gesprochen: »Man wolle ihm schon das Maul stopfen! — Der Hund braucht nichts! Hänge dich man auf, das ist besser für dich, kauf dir man einen Strick, anstatt Zubrot, zur Arbeit bist du doch nicht fähig u. s. w.« — Alle Beschwerden beim Direktor, beim Arzt seien nutzlos gewesen, weil alles ein Complott gewesen sei. Trotzdem habe man Angst gehabt, daß er sich in seiner Zelle erhängen würde, weil der Ruf der Anstalt darunter leide, und man habe ihn immer scharf bewacht; aber so dumm sei er nicht, daß er sich das Leben nehme; daran habe er überhaupt noch nie gedacht. Im Allgemeinen fühle er sich jetzt etwas besser; aber immerhin verspüre er noch hin und wieder den Strom, bekomme öfters aufsteigende Hitze, werde leicht erregt, habe manchmal nach dem Essen Erbrechen, Nachts werde er im Schlaf gestört u. s. w. Sonst fühle er sich ganz wohl. Angst, vergiftet zu werden, habe er jetzt nicht mehr.

$6 \times 6 = 36$; $8 \times 8 = 64$; $7 \times 9 = 83 - 97 - 53 - 63$; $4 \times 4 = 16$; $103 - 17 = 83$; $17 + 17 = 34$.

Reichskanzler unbekannt. »Darum quäle ich mich nicht.« Kaiser: »Wilhelm II.« Pat. weiß nicht, an welchem Flusse Berlin liegt. Eine Hauptstadt von Deutschland gibt es nicht. Hauptstadt von Sachsen nicht bekannt. Die Elbe kommt vom Riesengebirge und mündet in den St. Gotthardt. Russisch-japanischer Krieg unbekannt. —

15. IV. Pat. halluziniert anscheinend.

10. VI. Pat. hält sich vollständig isoliert von den übrigen Kranken, macht einen verschlossenen und finstern Eindruck, beschäftigt sich garnicht.

5. VIII. Unverändert.

10. IX. Halluziniert noch unausgesetzt, beschwert sich oft beim Arzt und beim Personal über die Belästigungen, denen er ausgesetzt sei. Er werde am ganzen Körper gezwickt und gezerrt, mit Nadeln gestochen. Elektrische Ströme zögen durch seine Beine und Rücken (Krisen).

Status: Facialis l. schwächer als r.; Zunge: gerade, ohne Zittern, hervorgestreckt. Beim Sprechen fibrilläre Zuckungen der Mundmuskulatur. Keine deutliche Sprachstörung. Pupillen: im Dunkeln: unter mittelweit, r. größer als l. Beide, namentlich die r. stark entrundet. Beide lichtstarr. Auf Accom. wenig ausreichende, aber deutliche Reaktion nur der r. Pupille. Patellar-, Achillessehnenreflex nicht auslösbar. Am ganzen Körper Hypalgesie Romberg nicht deutlich.

Bei der Aufnahme in der Kieler psychiatrischen Klinik ergibt eine mit ihm vorgenommene Untersuchung denselben Stand. Ich führe das Ergänzende oder Abweichende an:

Pat. wird vom Transport aus Friedrichsberg gebracht, geht ruhig zur Abteilung.

Größe 1,66 m, Gewicht 58 kg. Temper. 37,2°.

Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Längsdurchm.: 19 cm, Querd.: 17, Umf: 57,75 cm.

Pupillen: unter mittelweit, verzogen, r. größer als l. Reaction auf Licht und Konvergenz fehlt, Augenbeweglichkeit normal. Zunge: gerade herausgestreckt, zittert grob, belegt, Gaumenbögen gleichm. gehoben, Rachenreflex vorhanden. Beim Sprechen Facialis r. stärker als links hervortretend.

Paradigma schlecht behalten, häsitierend, doch kein ausgesprochenes Stolpern.

Händedruck beiderseits kräftig. Mechanische Muskelerregbarkeit lebhaft, desgl. vasomotorische Nachröte.

Bei intendierter Bewegung etwas Tremor, in der Ruhe weniger. Kein Nystagmus.

Die Reflexe ebenso wie oben beschrieben, desgl. die Sensibilität, ebenso das Verhalten von Herz, Lungen, Leib.

Heiter. Örtlich und zeitlich orientiert.

Sagt, er sei nicht krank. Er habe sich in Hamburg in Schutzhaft begeben, weil er keine Mittel gehabt habe. Gedächtnis sei gut. Die Leute auf der Straße hätten ihn für irrsinnig gehalten. Die Leute hätten alle von seinem Aufenthalte im Korrektionshause Glückstadt (05—07) gewußt. Die Meister und die Aufseher hätten ihn mit Elektricität bearbeitet, um ihn zu strafen, weil er nicht mit andern Arbeitern sprechen wolle. Dor Direktor mache es jetzt auch noch so; er merke es auch hier, wie auch im Eisenbahnzuge. Hauptsächlich merke er's im Magen.

Heute habe er wegen der kalten Ströme nicht essen können. Das Essen hat man ihm kalt gemacht mit kalten Strömen; die Kartoffeln werden davon ganz blau. Die Füße sind auch kaput gemacht worden, die linke Hand sei auch davon geschwollen gewesen. Nachts habe er nicht schlafen können, weil er überall elektrisiert würde. Er habe Pickel auf dem Rücken bekommen. Der Samen sei ihm abgezogen worden. Seit Mai 1905 geschehe das alles Zu Pfingsten 1906 habe ihn der Direktor schlachten wollen; er habe im Hofe gesagt: »ich will das Schwein schlachten,« ein ganzes Complott hätte existiert zwischen Beamten und Insassen gegen ihn.

$7 \times 9 =$ »54«, nach Besinnen »63«. $18 + 35 = 53$; $46 - 19 = 25$; $11 \times 12 = 132$; $13 \times 14 = 153$.

Monate richtig, auch rückwärts. Russisch-japan. Krieg, und Südwestafrikanischer unbekannt. In welcher Provinz liegt Kiel? »in Schleswig;« Wozu gehört Schleswig? zu Holstein. Wieviel Gebote? 10. Er weiß das vierte Noch eins? »Du sollst nicht stehlen.« Das wievielte ist es? »das 5.

Wie heißt der Kaiser? Wilhelm II. Wann regierte Kaiser Friedrich? 88/89. Dessen Vater? Wilhelm I. Was wissen Sie vom Krieg 70/71? Gegen Deutschland, Rußland, Frankreich, England.

Deutscher Führer? Napoleon, dann »England.«

Frühere Krankheiten? Rose, Tripper — Schanker negiert Augenentzündung: Augentripper. Stuhlgang? Wechselnd, je nachdem, was mit ihm gemacht werde.

In den ersten Tagen schlecht geschlafen, allmählich ruhiger, schläft gut, fühlt sich wohl. »Warum soll ich traurig sein; ich kann ja da nichts für.«

10. X. Pat. fühlt sich wohl, hat keine Klagen, steht auf, geht in den Garten.

13. X. Pat. sagte, er sei schlechter Stimmung; es ginge ihm hier schlechter statt besser; er habe bemerkt von dem »Strom«, das ginge so fortwährend; alles würde ihm entzogen. Wenn er mehr essen wolle, müsse er alles wieder stehen lassen; das würde erst besser werden, wenn er gestorben wäre. Wenn er erst tot wäre, brauche er sich nicht mehr so zu quälen; er könne auch Nachts nur zeitweise schlafen.

19. X. Pat. fühlt immer noch den elektrischen Strom, manchmal einen kalten, manchmal einen warmen; es tritt dann ein Zittern in dem betreffenden Bein auf. Äußerlich ist Pat. ruhig, beschäftigt sich, geht in den Garten, hält sich meistens allein.

23. X. Pat. hält sich dauernd abseits mit der gelegentlichen Begründung, daß niemand etwas von ihm wissen wolle. Im Zimmer steht er zumeist für sich in einer Ecke mit finster abwehrendem Blicke. Im Garten und auf dem Korridor läuft er dauernd mit schnellen Schritten, die Hände auf dem Rücken verschränkt, gesondert von den anderen Patienten.

29. X. Dieselben Klagen wie früher. Spürt Reißen und Zittern, namentlich in Beinen, Armen und Fingern. Nachts wache er von dem Ziehen auf Früher sei er schon aus dem Bette gefallen. Um das zu vermeiden, bleibe er jetzt auf der Erde liegen. Essen sei gut. Er esse mehr, als für ihn bestimmt sei. In der ersten Zeit hier sei ihm das Essen entzogen worden. Jetzt wäre das aber besser.

5. XI. Pat. sehr erregt, steht in einer Ecke, murmelt vor sich hin. Als der Arzt kommt, lacht er höhnisch, sagt auf Befragen nach dem Grunde: »weil Sie mich hier noch necken wollen; ich weiß genau Bescheid; schlimm genug!« schimpft nachher weiter und geht erregt hin und her.

11. XI. Pat. in den letzten Tagen wieder ruhig, steht in den Ecken umher, hält sich abgesondert, spricht nicht, beschäftigt sich nicht, macht immer ein mürrisches Gesicht. Bei der Hausarbeit hilft er aufgefordert ganz fleißig. Schlaf und Nahrungsaufnahme gut. Mittags von einem Transporteur aus Altona abgeholt. Entlassen als ungeheilt. Diagnose: Paranoia chronica mit tabischen Symptomen.

Hier haben wir wieder die klassischen Zeichen der Tabes: Reflektorische Pupillenstarre, fehlender Patellarreflex, Hypalgesie, gastrische Krisen. Paralyse ausgeschlossen. Die vorhandene Demenz ist originär. Darauf deutet tête carrée, im Zusammenhang mit Verkrümmungen der Schlüsselbeine Zeichen einer stattgefundenen Rhachitis. Die Intelligenzprüfung ergibt volle Merkfähigkeit, Gewandtheit im Rechnen, Orientiertheit, keine für Paralyse charakteristischen ethischen Defekte bei jedenfalls lange bestehenden somatischen Krankheitszeichen. Die Lücken in den Kenntnissen beruhen auf der originären Demenz.

Zur Tabes treten Hallucinationen des Gehörs und Gefühls. Die tabischen Schmerzen und sonstigen Sensationen — als elektrisch bezeichnet - , auch scheinbar den Temperatursinn betreffend — »kalte und warme Ströme« — werden paranoisch im Sinne des Verfolgungswahnes gedeutet, wobei freilich auch die Demenz des Mannes ihren Anteil haben mag. Immerhin sind hier die an die Sensationen geschlossenen Halluzinationen in ein System gebracht. Es besteht vollkommener Verfolgungswahn und Andeutung von Größenwahn. »Ich habe mich zu erkennen gegeben, daß ich nicht zu reden brauche.« Sein Abseitsstehen und Nichthelfen, seine Andeutung »ich weiß Bescheid, schlimm genug« scheinen auf Gefühlen im Sinne des Größenwahnes

zu beruhen, die nur infolge der Demenz des Mannes nicht bis zu klaren, spruchreifen Vorstellungen verarbeitet werden, wie auch das System des Verfolgungswahnes an geistigem Ungeschick nichts zu wünschen übrig läßt Zu den Halluzinationen tritt auch geistige Erregung mit Schlaflosigkeit und Lärmen auf, die einmal eine Isolierung nötig macht.

Diesen 4 Fällen von akuter oder chronischer Halluzinose, ähnlich der erwähnten Alkoholistenpsychose reihen sich 9 weitere Fälle an, die hier kurz beschrieben werden mögen, um dann in einer zusammenfassenden Besprechung gewürdigt zu werden.

1. ein Fall von Rougier beschrieben und von Cassirer besprochen, nach letzterem citiert:

50 jähriger Mann, ohne Lues, ohne Heredität, der im 11. Jahre angeblich 2 Monate bewußtlos gewesen war, hat mit 30 Jahren die ersten tabischen Symptome, Unsicherheit beim Gehen, Gürtelgefühl, lancinierende Schmerzen. Vor 5 Jahren Sehstörungen, Amblyopie und Diplopie, seit 2 Jahren Urinbeschwerden; hochgradige Ataxie.

Am 2. X. 79 Aufnahme in das Krankenhaus, heftiger halluzinatorischer Erregungszustand, sein Bruder werde von Mördern angegriffen, Halluzinationen des Gesichts, der erblindete Kranke sieht Funken, Sterne, grüne, gelbe, rote Flecke, Nachts führt man Feuerbrände vor seinen Augen auf, in den Speisen ist Schwefelsäure, Rauch; Nachts stechen ihn seine Kameraden mit Messern; er wird elektrisiert. Zwischen die Verfolgungs- mischen sich anscheinend einzelne, aber zunächst nicht excessive Größenideen; er wird von seinem Bruder in einem 2 spännigen Wagen erwartet. Nach 2 Monaten wird Patient entlassen, kommt nach einem Jahr wieder, hat einen komplicierten Oberschenkelbruch, der rasch heilt; damals hatte er ausgesprochene und vage Größenideen, zusammen mit Verfolgungsvorstellungen und immer wieder unter ausgebreiteten Halluzinationen. Im Juli 1881 bestehen aber wieder nur noch die Verfolgungsideen, hauptsächlich jetzt durch abnorme Sensationen genährt; offenbar noch immer sehr affektvoll. Noch im Juni 1882 wird betont, daß Gedächtnis, Sprache, Intelligenz völlig intakt sind.

2) 48 jährige Frau Am 1. XI. 98 in die Charité aufgenommen, am 15. XI. 98 nach Dalldorf, am 9. VI. 99 nach Eberswalde verlegt. Die Mutter der Patientin war nervös, sonst keine hereditäre Belastung. Im Alter von 26 Jahren luetische Infektion, 1895 machen sich die ersten Zeichen der jetzigen Krankheit bemerkbar, sie empfand ein lebhaftes, quälendes Gürtelgefühl und hatte zeitweise Brechanfälle, bei denen sie Tage lang hinter einander erbrach. Keine Schmerzen, nur das Gürtelgefühl. Im Jahre 1896 lancinierende Schmerzen, 1897 erst auf dem linken, dann auf dem rechten Auge Schlechtersehen mit rascher, fast

vollständiger Erblindung; unsicherer Gang. Die Patientin wird zunächst wegen ihrer körperlichen Beschwerden auf der Nervenabteilung der Charité aufgenommen, kommt aber, da sie unter dem Einfluß von Halluzinationen erregt wird, auf die Irrenstation und nach wenigen Tagen nach Dalldorf.

Stat. vom 19. XI.: Pat. jammert fortwährend, zeigt große Angst, offenbar unter dem Einfluß von Halluzinationen; sie weigert sich, die Medicin zu nehmen, sie solle vergiftet werden, fragt fortwährend, ob sie denn schon wieder fortkäme, hört, sie solle geimpft werden. Sie wird dabei zeitweise sehr erregt und ängstlich.

Pat. kennt ihre Personalien gut, ist vollkommen sicher über Zeit und Ort orientiert, hält sich nicht für geisteskrank. Ihr Wissen ist ein beschränktes, aber nicht nachweisbar schlechter als früher. Die einfachsten Fragen beantwortet sie richtig, weiß den Namen des Kaisers, die Bedeutung der Schlacht bei Sedan, weiß, wieviel Wochen das Jahr hat, wieviel Pfennige die Mark, wieviel Groschen der Taler, den kürzesten Monat, die Bedeutung von Weihnachten. Ganz einfache Exempel rechnet sie richtig, etwas kompliciertere nicht, meint, das auch früher nicht besser gekonnt zu haben. Vier-, fünf- und sechsstellige Zahlen spricht sie anstandslos nach.

Die Sprache ist gewöhnlich rasch, laut und ohne Anstoßen. Der Gesichtsausdruck ist etwas stumpf und leer, das Minenspiel wenig wechselnd. Die Gesichtsinnervation ist beiderseits gleich; die Hände und der Kopf zittern ein wenig.

Beiderseits totale genuine Sehnervenatrophie, Papillen weiß, Gefäße verengt. Beide Pupillen starr auf Licht bei erhaltener Konvergenzreaktion. Sonstige tabische Symptome: Sehnenphaenomene an den Beinen fehlen, starke Ataxie der Beine, so daß die sehr fette Person nicht allein gehen kann. Starke Herabsetzung der Schmerzempfindung an den unteren Extremitäten, außerdem Arthropathien in zahlreichen Gelenken der unteren Extremitäten; pied tabétique. Anfangs keine Urinbeschwerden, später Blasenschwäche; Pat. muß katheterisiert werden.

10. XII. Hört fortdauernd die Wärterin reden, daß sie auf eine andere Station soll, hört Tag und Nacht rufen, Gift, Gift, Gift, sie soll vergiftet werden. Sie hat gehört, daß man ihre Kinder ins Kloset geworfen habe. Man ruft ihr zu »Alte Hure, alte Sau.« Sehr ängstlich und erregt. Sprache gut.

3. I. Status idem. Intelligenz und Gedächtnis andauernd ohne gröbere Schädigung. Ist reinlich. Öfters Crises gastriques; immer noch ängstlich-halluzinatorische Erregungszustände.

Am 9. VI. kommt Pat. nach Eberswalde. Bei der Aufnahme ist Pat. vollkommen orientiert, ruhig und freundlich; nachher ist sie doch wieder ängstlich, weinerlich, hat auch wieder ihre Vergiftungsideen.

Ein Status vom 15. VI. gibt in somatischer Beziehung dasselbe Bild wie früher. Der linke Facialis ist etwas schwächer innerviert als der rechte, die Zunge weicht eine Spur nach rechts ab. Die Sprache ist

auch bei Paradigmen ohne arriculatorische Störung. Die Daten ihrer Anamnese sind ihr auch heute noch vollkommen gegenwärtig Sie leugnet auf Befragen, Stimmen gehört zu haben, sie habe nur geweint und gejammert, weil sie nach Hause wollte. Sie stellte überhaupt ihre Wahn-, insbesondere Vergiftungsideen in Abrede. Die Prüfung der Intelligenz ergibt dasselbe Bild wie früher.

Sie jammert und lamentiert viel, ohne tieferen Affekt. Anfang August tritt eine Tuberkulose der Lungen ein, die anfangs mit Fieberschüben, dann unter dauerndem Fieber verläuft. Pat. ist ruhig, reinlich, äußert keine Wahnideen, keine Sinnestäuschungen mehr.

12. IX. Pat. immer weinerlicher Stimmung, spricht fortwährend vom Sterben. Zunehmende Schwäche. Exitus am 22. XI. 99.

Die Diagnose lautete: Tabes plus einfache Seelenstörung.

3) Ein von Rougier mitgeteilter Fall:

50jährige Frau. Tabische Symptome seit dem 40. Lebensjahr, 4 Jahre später Gesichts- und Gehörshalluzinationen. 1873 Amaurose und Sehnervenatrophie, Gürtelgefühl, später Sensibilitätsstörungen am linken Bein, links fehlt der Patellarreflex, gastrische Krisen. Beobachtung bis 1879. Bizarre Gehörs-, Geruchs-, Geschmacks- und Gesichtshalluzinationen: hört Trommeln, hört Vögel, die die ganze Nacht durch an ihrem Bett singen, ferner Reden zotigen Inhalts, glaubt sich vergiftet durch Zündholzköpfchen, sieht rötliche Flammen, Feuer, große Blutlachen, schwarze Vögel um ihr Bett herum, man streue ihr Kupfer, Asche, Erde in die Augen, ihre Mitkranken stechen sie mit Nadeln, man stoße ihr einen Hammer in die Augen (offenbar Umdeutung eines heftigen Orbitalschmerzes). Verfolgungsideen, die unmittelbar aus diesen Halluzinationen resultieren. Die letzteren intermittieren zeitweise und mit ihnen gleichzeitig auch das Delirium und der Affekt, Die Intermissionen sind selten. Für Paralyse fehlt jedes Symptom.

4) eine Beobachtung Moelis:

Eine 34jährige, hereditär nicht belastete Tabica wird durch zeitweise auftretende Halluzinationen des Gesichts erregt und verworren. Die psychischen Störungen lassen, während die somatische Affektion fortschreitet, zeitweilig nach. Pat. wird entlassen. Nach mehreren Monaten neue Aufnahme; wieder unruhig, unter wechselnder Stimmung (Depression mit Nahrungsverweigerung, Exaltation) nehmen die Halluzinationen immer mehr zu, und Pat. ist nach 2 Jahren durch massenhafte Gesichts und Gehörstäuschungen ganz verwirrt. Die Tabes ist inzwischen progredient gewesen, u. a. ist links Opticusatrophie eingetreten.

Es folgen 2 von Briand beschriebene Fälle:

5) Eine 1896 untersuchte 43jährige Frau, bei der über eine syphilitische Ansteckung nichts bekannt ist, hereditäre nervöse Belastung dagegen vorliegt, leidet seit 1890 an lancinierenden Schmerzen. 1891 erste Zeichen von Sehstörung, 1893 blind, jetzt reflektorische Pupillenstarre, Westphalsches Zeichen, Verlangsamung und Abstumpfung des Schmerz-

gefühls, geringe Ataxie. Seit 2 Monaten hat sie anfallsweise ängstliche Gesichtshalluzinationen. Sie sieht Schlangen und Krokodile, die sie erwürgen wollen, eine große Schlange schlingt sich um ihren Körper; sie fühlt, daß sie sterben muß. Dann sieht sie Männer, die ihr Gesichter machen, einmal einen Mann mit roten Augen, der sich ihr zu nähern sucht. Sie hat 3 bis 4 mal wöchentlich solche Anfälle, die immer etwa ¼ Stunde dauern, aber mehrmals am Tage sich wiederholen. Sie weiß später, daß es sich um Sinnestäuschungen gehandelt hat. Nie Gehörstäuschungen. Kein Zeichen von Dementia paralytica. An den Tagen mit Halluzinationen klagt die Kranke über Magenbeschwerden und die Zunge ist belegt. Beobachtungsdauer einige Wochen.

6) Eine 1895 untersuchte Frau, deren Mutter in der Irrenanstalt gestorben ist, und von deren 10 Geschwistern nur eins lebt, war stets traurig, eifersüchtig, beschränkt, hatte immer ein schlechtes Gedächtnis, und nie schreiben und lesen gelernt. Vielleicht liegt Lues hereditaria vor. Seit 1889 Sehschwäche, seit 1891 blind, lancinierende Schmerzen. Seit einem Jahr Pupillendifferenz und -starre. Opticusatrophie, geringe Herabsetzung der Hörschärfe, Ataxie, Lagegefühlsstörung, Westphalsches Zeichen. Die Sprache ist völlig normal. Seit dem Jahre 1895 zeigt sie anfallsweise auftretende geistige Störungen in Form halluzinatorischer Krisen. Die Kranke glaubt sich in eine Straße versetzt, die sie nicht kennt; sie ist sehr ängstlich, fürchtet, überfahren zu werden, beeilt sich, über die Straße zu kommen, glaubt sich vor Feuer in Acht nehmen zu müssen, hört Zurufe »Achtung«, sieht Hunde, vor denen sie Furcht hat, sie wollten sie beißen, versteckt sich vor ihnen unter ihre Bettkissen; sie sieht auch Katzen, faßt die Stange des Bettes, weil sie glaubt, sie müsse einem Kinde über die Straße helfen. Weniger ausgesprochen, als die Gesichts- sind die Gehörshalluzinationen; auch solche des Gemeingefühls kommen vor, »wer schlägt mich in den Rücken?« Sie läßt sich für Momente aus dem Delirium herausreißen. Die Anfälle beginnen meist Nachmittags; aber schon am Morgen machen sich Vorboten bemerkbar, sie hat galliges Erbrechen, ißt nicht, die Zunge ist schlecht. Die Sinnestäuschungen dauern bis zum nächsten Morgen, im Ganzen 18—24 Stunden; die Kranke ist dann sehr müde, schläft ein, hat unklare Erinnerung; die Halluzinationen sind stets von demselben Charakter, sie kommen alle 8—10 Tage. Kein Zeichen von Dementia paralytica, kein Alkoholismus; die Anfälle traten übrigens auch nach mehrmonatlichem Aufenthalt in der Irrenanstalt auf, wo eine strenge Überwachung stattfand..

7) Gruet schildert eine erblindete Tabica, die hereditär nervös belastet ist; seit einiger Zeit ist sie sehr mißtrauisch, unverträglich, leicht erregt, hat wohl auch krankhafte Eigenbeziehung. Anfallsweise tritt ein Hitzegefühl auf, dann wird sie völlig unträtabel; die geringste Kleinigkeit ärgert und reizt sie. Die Verstimmung überdauert die unangenehmen Sensationen noch um 3—4 Tage, dann hat sie Einsicht für

das Krankhafte dieser Zustände. Zeitweise hat sie andere abnorme Sensationen, dann ist ihr, als ob ihr eine Hand in den Nacken faßt, sie dreht sich um, weil sie meint, daß jemand hinter ihr ist. Auch dies beeinflußt ihre Gemütslage ungünstig.

8) Eine Beobachtung Buchards: Ein 54jähriger Mann litt 1875 an Doppelsehen und lancinierenden Schmerzen. 1882 Abnahme der Sehkraft, 1884 Erblindung. Seitdem Besserung der übrigen Symptome, in den letzten 6 Monaten aber Blasenstörung. Gang unsicher. Seit 1887 Halluzinationen des Gesichts; er spürte damals eine plötzliche Wärme auf der rechten Seite, dann glaubte er, Feuer im Ofen zu sehen, sah einen Garten mit Bäumen von der Sonne beschienen. Dauer der Vision etwa 15 Minuten. Bei Augenschluß verschwand das. Vor 2 Jahren hörte er in der Kirche auf die Frage, ob er nicht geheilt werden würde, »Ja, in Lourdes« und sah nun am Altar das Wort »Lourdes« in großen, glänzenden Buchstaben. Die geistigen Fähigkeiten sind dauernd völlig normal. Körperlich ausgesprochene Tabes.

9) Möbius beschreibt eine 55jährige Frau, die seit mehreren Jahren an sonstigen tabischen Symptomen leidet und seit 3 Jahren über zunehmende Sehschwäche zu klagen hat. Doppelseitige, rechts stärker entwickelte Opticusatrophie. Sie erzählt, daß sie von Zeit zu Zeit Dinge sehe, die nicht da seien, manchmal menschliche Gestalten, besonders spielende Hunde und Katzen. Sie konnte die Gruppe der Tiere, ihre Größe und Farbe genau beschreiben. Schloß sie die Augen, so verschwanden die Bilder. Seit etwa einem Jahre sind diese Störungen nicht wiedergekommen. Nie ein Symptom der Paralyse.

Soweit die Krankheitsschilderungen, die beiden Kieler Fälle und 2 vor diesen angeführte mitgerechnet, 13 an der Zahl, die, wie wir schon oben hervorhoben, durch ihre Eigenart ein besonderes Interesse in Anspruch nehmen. Eigenartig finden wir an ihnen 3 Momente, das auffallend häufige Vorkommen der Opticusatrophie, den eigenartigen Affekt in Verbindung mit den verschiedensten Halluzinationen und den klinischen Verlauf der Gesamtkrankheit. Was die Opticusatrophie betrifft, so findet sie sich unter den hier in Rede stehenden 13 Fällen 12 Mal — die von Cassirer in dieser Gruppe besprochenen 11 Fälle zeigen sie sämtlich — während sie unter den sonst von demselben Autor zusammengestellten etwa 90 Fällen von nichtparalytischer Tabespsychose nur 2 Mal vorkommt. Daß die Zusammenstellung nicht etwa nach diesem Gesichtspunkt der Opticusatrophie, sondern lediglich nach dem psychischen Symptomenkomplex gemacht ist, geht aus dem Umstand hervor, daß Cassirer

es selber nicht zu merken scheint. Er sagt nur, »es scheint mir nun doch, als ob in diesen letztgenannten Fällen wirklich sehr oft Opticusatrophie vorhanden ist, so in zweien meiner Fälle, ebenso in dem von Rougier, von Moeli angeführten, vielleicht auch in einem Fall von Buvat . . ., ferner in einigen anderen von Gruet, Briand, Bouchard.« Dieselbe Beobachtung finde ich hervorgehoben in einem Beitrag zur Kenntnis der nichtparalytischen Psychosen bei Tabes dorsalis von Otto Meyer in Liebenstein — Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1903, den ich nach einem Bericht des Neurologischen Centralblattes wiedergebe. »Häufig wurden bei Tabes mit nichtparalytischer Geistesstörung Sehnervenatrophie nnd Lähmungen im Gebiet der Augenmuskelnerven beobachtet.« Cassirer hebt eigens hervor, was auch mir unabhängig von ihm aufgefallen ist und bei der Durchsicht sämtlicher Fälle von Sehnervenatrophie sich bestätigt hat, daß nicht alle Fälle »Tabes plus Psychose«, sondern nur die herangezogen werden müssen, bei denen eine Combination von Tabes mit Halluzinose vorliegt. »Es scheint mir nun doch, sagt er, als ob in diesen letztgenannten Fällen wirklich sehr oft Opticusatrophie vorhanden ist.« Wie gesagt, er hat 11 Fälle Tabes + Halluzinose, sämtliche haben Opticusatrophie, während diese unter den ca. 90 anderen Fällen von Tabes plus Psychose nur 2 Mal vorkommt.

Entspricht nun der Häufigkeit auch eine Ursächlichkeit? Hat die statistische Tatsache einen Sinn? Tabes plus Opticusatrophie plus Halluzinose! Daß die Opticusatrophie ein tabisches Symptom ist, ist wohl allgemein anerkannt. Indem ich mich dafür auf C. Westphal, Binswanger, Fürstner berufe, lasse ich die mir vorliegenden Aussprüche uncitiert. Die Opticusatrophie gehört nach ihnen zur Tabes, ebenso wie zur Taboparalyse, dürfte aber nach Binswanger bei reiner Paralyse kaum vorkommen. Wir dürfen demnach die Opticusatrophie als ein tabisches Symptom ansehen, auch in unserer obigen Zusammenstellung, in welcher wir Tabes und Opticusatrophie als eine Krankheitseinheit ansehen, zu welcher die Halluzinose als ein nichttabischer Symptomen-

komplex hinzuträte. Doch wir gewannen ja schon den Eindruck, daß die Halluzinose ihrerseits von der Opticusatrophie ebenso wenig zu trennen ist, wie hier die letztere von der Tabes. So wäre die Opticusatrophie mit ihrer zwiefachen Zugehörigkeit für unser Erkennen des Zusammhangs das Bindeglied zwischen Tabes und Halluzinose. Und man könnte, wenn man dem Scheine äußeren Zusammentreffens trauen dürfte, auch die Halluzinose für eine wirkliche Äußerung der Tabes erklären. Dieser Gedanke ist nicht neu. Schon Pierret hat eine Lehre von der Tabespsychose aufgestellt, die von seinen Schülern, namentlich Rougier weiter vertreten wurde, doch sonst allgemeine Zurückweisung erfuhr, besonders von Nageotte und Moebius, welche die Pierretschen Fälle zum Teil für Paralyse, zum Teil für Paranoia mit Tabes erklärten. Diese Widerlegung würde auf die hier in Frage stehenden Fälle nicht zutreffen. Solche Fälle, wie diese, mögen Rey, Collela, Gruet, Krafft-Ebing veranlaßt haben, an einen inneren Zusammenhang zwischen Tabes und Psychose zu denken, den Krafft-Ebing sogar als einen anatomischen bezeichnete. Er hält die Vermutung für gerechtfertigt, daß der weit in die Höhe fortgeschrittene und schließlich diffus gewordene Rückenmarksproceß in einer gewissen Beziehung zur Ausbildung der der Geistesstörung zu Grunde liegenden Hirnveränderungen steht. Diese Möglichkeit würde in exakter Weise natürlich nur durch die pathologische Anatomie entschieden werden. Wenn es aber erlaubt ist, über einen Symptomenzusammenhang, solange man ihn nicht mit Augen sehen darf, nachzudenken, so könnte einem bei dem Zusammentreffen psychischer Erregungen und atrophischer Vorgänge des Sehnerven einfallen, daß die Psyche und der Sehnerv in der Tat Nachbarn im Raume sind, und daß der spinale Proceß der Tabes, wenn er auf das Gehirn übertritt, wohl den Weg über den Nervus opticus oder umgekehrt nehmen kann.

Das wird durch das 2te oben genannte Moment nahe gelegt, nämlich durch den eigenartigen Affekt in Verbindung mit den verschiedensten Halluzinationen. Es handelt sich

nämlich bei diesen Krankheitsäußerungen nicht eigentlich, jedenfalls nicht von vornherein um eine Störung der geistigen Sphäre wie bei der Paranoia. Dazu fehlt das Systemhafte. Sondern es liegen mehr einzelne Empfindungsirrungen vor, die in den Halluzinationen des Gehörs, Gesichts, Geschmacks, Geruchs ihren Ausdruck finden und sich mit Reizungen der betreffenden Sinnesnerven des Gehirns durch die tabische Schädigung ungezwungen erklären lassen, wobei Opticusatrophie, gleichfalls eine tabische Schädigung eines Sinnesnervs, ihre oben statistisch festgestellte Zusammengehörigkeit mit den angstvollen Halluzinationen auch innerlich offenbart. Damit reihen sich auch die sogenannten psychischen Symptome dieses Leidens in das Gesamtbild der Tabes als einer Krankheit vorwiegend des sensiblen Nervensystems ein. Hier Degeneration, dort Reizung sensibler Nerven; den gastrischen Krisen reihen sich in einem anderen Abschnitt des Nervensystems angstvolle Halluzinationen, die man ja auch cerebrale Krisen nennt, an.

Sollen wir nicht auf ein ätiologisches Verständnis der in Rede stehenden psychischen Symptome verzichten, so werden wir uns vergeblich nach einer anderen annehmbaren Ursache als der vorgeschlagenen für sie umsehen. Von der echten Paranoia und allen anderen Psychosen, die, wie wir sahen, in der Verbindung der Tabes vorkommen, wissen wir, daß sie als sebstständige Psychosen auftreten, und wir sehen sie auch neben der Tabes als selbstständige Krankheit an, meist schon vor dem Ausbruch der Tabes vorhanden und auf hereditärer Belastung beruhend. Woher aber die Halluzinose bei Tabes, wenn sie nicht tabisch sein soll? Als selbstständige Krankheit sui generis kennen wir sie nicht. Wir finden sie in anderem Zusammenhang, z. B., wie wir sahen, bei der Alkoholpsychose, dort durch Alkoholintoxication hervorgebracht und hier bei der Tabes — ohne Aetiologie? ihre Erklärung nur in dem Namen Psychose habend? Dies Recht kann ihr nur zugestanden werden, wenn sie auch ohne Tabes und ohne Alkoholintoxication vorhanden ist. Weil davon nichts bekannt ist, so verstehen wir das Vorhandensein der Halluzinose ohne den Alkoholmißbrauch aus

der Tabes. Gleicht doch, wie verschiedentlich hervorgehoben wird, auch dieser Krankheitsverlauf in mancher Hinsicht einer Vergiftung.

Damit kommen wir auf das 3te Argument für unsere Auffassung der tabischen Halluzinose, d. i. der klinische Verlauf der Gesamtkrankheit. Der Verlauf der Tabes mit Opticusatrophie und begleitender Halluzinose pflegt ein anderer zu sein als derjenige der rein spinalen Tabes. Es ist bekannt und wird in der Augen- wie in der psychiatrischen Klinik gelehrt, daß bei Eintritt der Opticusatrophie vielfach die übrigen Tabesbeschwerden sich nicht bezw. sehr langsam weiterentwickeln oder soweit sie noch nicht aufgetreten sind, ausbleiben. Nur eines entwickelt sich in der Regel schnell, d. i. die Opticusatrophie und neben dieser kehren immer wieder oder bleiben schließlich chronisch bestehen die Angstzustände nebst den Halluzinationen. Dagegen pflegt die unkomplicierte Tabes unaufhaltsam, wenn auch bisweilen recht langsam sich in all ihren spinalen Krankheitserscheinungen weiterzuentwickeln. Das sieht deutlich aus wie eine verschiedene Localisation des tabischen Processes, bei rein spinaler Tabes im Rückenmark, bei Opticusatrophie plus Halluzinose auf das Gehirn übertretend und das Rückenmark verlassend. Wir hätten also — das allein soll uns der klinische Verlauf lehren — zwischen der Halluzinose und der Tabes eine ursächliche Beziehung. Diese ursächliche Beziehung zur Tabes zeichnet die akute und chronische Halluzinose, welche meist mit Opticusatrophie verbunden ist, vor den anderen Psychosen aus, welche mit Tabes verbunden vorkommen. Damit soll nicht auf die Lehre von der einen Tabespsychose zurückgegriffen werden, als hätten wir hier das Schema zum Verständnis aller in der Verbindung der Tabes vorkommenden Psychosen vor uns, oder als würden innere Beziehungen zwischen Tabes und Psychose ausschließlich für diese Kombination in Anspruch genommen. Uns trat in den Krankheitsfällen und in der Literatur diese Beziehung entgegen.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Medicinalrat Professor Dr. Siemerling für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Überlassung des Materials meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Tabes und Psychose. Eine klinische Studie von Dr. Cassirer.
2. Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger und Siemerling.
3. Beitrag zur Kenntnis der nichtparalytischen Psychosen bei Tabes dorsalis von Otto Meyer in Liebenstein in der Monatsschrift für Psych. u. Neurol. XIII.
4. Contribution à l'étude des rapports symptomatiques entre le tabês et l'hystérie par Henri Bernhardicon. Referat von Kurt Mendel.
5. Über Psychosen bei Tabes, von Privatdozent Dr. Ernst Schultze in Bonn. — Münch. med. Wochenschr. 1903 Nr. 49.
   Nr. 3—5 nach dem Neurologischen Centralblatt von Dr. E. Mendel angeführt.
6. Dupré und Lévi. Délire hypochondrique de zoopathie interne chez un débile tabétique, hystérique et gastropathe.
7. Briand et Cololian. Les hallucinations à caractère pénible dans le tabès dorsalis. Arch. de neurologie.
8. von Oordt. Tabes ohne Ataxie mit Hysterie. Deutsche Zeitschrift für Nervenkrankheiten 1898.
   Nr. 6—8 nach dem Jahresbericht von Flatau, Jacobsohn, Mendel angeführt.
9. 2 Krankengeschichten der Psychiatr. u. Nervenklinik der Universität Kiel.

Lebenslauf.

Ich bin am 12. Dezember 1862 in Potsdam geboren als Sohn des dortigen Oberpfarrers und Licentiaten der Theologie Sigismund Rauh, wuchs im Elternhause auf, besuchte das Königl. Victoria-Gymnasium in Potsdam und studierte von Michaelis 1884 bis Ostern 1888 Theologie in Halle und Berlin. Nachdem ich beide theologischen Prüfungen in Berlin 1888 und 1890 bestanden, war ich von 1891 bis 1906 Pfarrer der evangel. Gemeinde in Freienwalde a. O. Nach dreijährigem medicinischen Privatstudium machte ich während meiner geistlichen Dienstzeit als Hospitant an der Berliner Universität zu Michaelis 1905 das Tentamen Physikum, gab am 1. Mai 1906 mein Pfarramt auf und studierte Medizin von Ostern 1906 bis Ostern 1907 in Berlin und dann bis Michaelis 1907 in Kiel, wo ich im Januar 1908 die ärztliche Staatsprüfung bestand. Ich bin verheiratet und Vater dreier Kinder.